

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
Fibrome du Vagin

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1936

PAR

LUBRANIECKI Józef

Né le 9 Octobre 1904, à Lodz (Pologne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY :
MM. LAPEYRE, prof., *président*.
TURCHINI, professeur.
COLL DE CARRERA, agrégé.
ROUX, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1936

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU FIBROME DU VAGIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE du

Fibrome du Vagin

THÈSE

Le 5 Juin 1936

PAR

LUBRANIECKI Józef

Né le 9 Octobre 1904, à Lodz (Pologne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ
(Mention Médecine)

JURY:

MM. LAPEYRE, prof., *président*.

TURCHINI, professeur.

COLL DE CARRERA, agrégé.

ROUX, agrégé.

assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages

1986

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique et médicale
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

MM. J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELTT
 LISBONNE,
 BOSC
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 GAUSSEL
 GIRAUD
 VIRES, assesseur.
 RIMBAUD
 MASSABUAU
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 LEENHARDT
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 VILLARD
 TERRACOL
 CABANNES
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses
 Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Matière médicale (Ch. de c.)
 Radiologie (Ch. de c.)
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

Honorariat

Professeurs honoraires :



M. RODET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,
 FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Clinique phthisiologique
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Stomatologie

PAGES
 AIMES
 SOUBEIRAN, ag. libre.
 COLL DE CARRERA
 GAUSSEL, prof.
 BOULET
 JANBON
 Dr WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie

MM. AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX

Médecine

MM. BOULET
 PAGES
 JANBON
 BAUMEL
 VIDAL
 COLL DE CARRERA
 CARRERE

Obstétrique
 Bactériologie

Examineurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, professeur, président.
 TURCHINI, professeur.

MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
 ROUX, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES SŒURS

A MON PERE

Je lui dois tout, sa vie toute de labeur et de loyauté est pour moi le plus précieux des exemples. Infiniment reconnaissant de tant de sacrifices consentis, je lui dédie ce modeste travail, bien faible témoignage d'une tendre et profonde affection.

A MES SŒURS ET A MES FRERES

A MES BELLES-SŒURS ET A MON BEAU-FRERE

A MES NEVEUX

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

*Professeur de Clinique gynécologique
de la Faculté de Montpellier
Chevalier de la Légion d'Honneur*

*qui nous a inspiré le sujet de notre thèse; faible
témoignage de notre respectueuse reconnais-
sance pour l'extrême bienveillance avec laquelle
il nous a toujours reçu et pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MON JURY DE THESE

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE MONTPELLIER
ET DE L'HOPITAL MUNICIPAL RADOGOSZCZ
DE LODZ (POLOGNE)

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEON KON

ET A MON FRERE

DOCTEUR WACLAW LUBRANIECKI

Médecin des Hôpitaux de Lodz

*C'est par eux que j'ai appris à aimer les
malades et la médecine. Ils restent pour moi un
exemple édifiant de conscience et de probité
scientifique et professionnelle; je m'efforcerai
toujours de les imiter et de les égaler.*

Préambule

Le fibrome du vagin est une affection rare. Trois cents cas environ sont connus à l'heure actuelle, il pouvait donc sembler que la centaine de publications faite à leur sujet ait épuisé la question surtout depuis la mise au point de *Cadenat* (1921) et celle de *Tixier-Djordjévitch* (1926). Mais en raison même de la rareté de l'affection, tout cas nouveau mérite d'être porté à la connaissance du monde médical.

C'est ainsi que notre Maître, M. le Professeur *Lapeyre*, Professeur de Clinique Gynécologique de la Faculté de Montpellier, a bien voulu nous communiquer deux cas observés dans son service (qui ont fait l'objet d'une communication à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Montpellier, en mai 1936), que nous rapportons dans cette thèse inaugurale. Chemin faisant, il nous a paru que cette question avait plus qu'un intérêt de pure curiosité scientifique, et que des nouvelles précisions, tenant compte de l'évolution de plus en plus rapide des sciences médicales, étaient possibles. C'est ainsi que nous espérons donner une description et une mise au point nouvelles qui seront utiles à tous les praticiens, qui peuvent parfois éprouver

quelques difficultés à se retrouver dans les signes si nombreux et si complexes du fibrome du vagin et des autres tumeurs vaginales. Nous terminons notre travail par une bibliographie où nous faisons figurer les résultats de nos recherches bibliographiques en ce qui concerne le temps postérieur à la thèse de *Djordjevitich* (1926) où l'on trouvera une bibliographie importante et des plus complètes sur le fibrome du vagin.

Etiologie et Pathogénie

Les tumeurs fibreuses à localisation vaginales sont très rares et leur étiologie reste inconnue. Certains auteurs voient leur origine dans les traumatismes, le coït, la grossesse, mais aucune de ces explications ne saurait nous satisfaire, pas plus que celle qui rattache les fibromes à la multiparité (*Pinard*). Ces tumeurs, si elles ne sont pas rares chez les multipares, ne se rencontrent pas moins chez les femmes n'ayant jamais eu de grossesse, voire chez les vierges, les enfants, et même le nourrisson. *Traetzel* nous rapporte un cas chez une enfant de 15 mois, *Wilson* de 2 ans et *A. Martin* chez une fille nouveau-née.

Il est possible, cependant, que la vie sexuelle, la congestion des voies génitales qu'elle provoque et qu'elle peut entretenir jouent un rôle dans l'étiologie du fibrome du vagin. La localisation fréquente de la tumeur dans la paroi antérieure du vagin au niveau du septum uréthro ou vésico-vaginal, fait penser que le fibrome est souvent d'origine urétrale ou vésicale. Si la grossesse n'est pour rien dans la genèse de la tumeur, elle joue un rôle considérable dans son évolution. Une tumeur qui serait restée latente en dehors de la période de gestation s'imbibe et

s'accroît rapidement au moment de la grossesse, pouvant devenir un obstacle proevia et donnant lieu à une véritable dystocie molle. Plusieurs auteurs recherchent l'origine de la tumeur dans les organes avoisinant le vagin. Ceci paraît d'autant plus logique, que la concordance structurale des fibromes du vagin avec les fibromes de l'utérus est tout à fait frappante. Ainsi, *Pozzi* et *Le Fort* situent le point de départ de ces tumeurs dans la cloison recto-vaginale, à la portion sus-vaginale du col de l'utérus ; en ce qui concerne les tumeurs postérieures du vagin, donc incluses dans la cloison recto-vaginale, les mêmes auteurs admettent une origine utérine (portion sus-vaginale du col de l'utérus). Cependant, *Marc See*, étudiant un cas de fibrome du vagin à localisation postérieure, ne trouve aucune connection avec l'utérus. *Kiwisch* admet que le plus grand nombre des fibromes du vagin naissent de l'utérus et qu'ils peuvent perdre ensuite leur connection avec lui.

L'élément strié de l'utérus pourrait provenir des fibres striées qui se forment pendant la grossesse (*Ranvier*) et l'élément strié du vagin se retrouve dans la partie initiale de l'urètre, formant le sphincter de la vessie.

Mais toutes ces considérations ne nous paraissent admissibles que pour les fibromes siégeant dans la paroi postérieure du vagin ; or, la plupart de ces tumeurs naissent dans la cloison uréthro- et vésico-vaginale. C'est pour cette raison que plusieurs auteurs tendent à admettre l'origine uréthrale de ces tumeurs ; ils en appellent encore, pour étayer leur hypothèse, au fait que lorsque l'on procède à l'ablation d'un fibrome du septum uréthro-vaginal il se produit généralement une lésion de l'urètre.

Cadenat unit les deux théories en présence et, se basant sur cette similitude des structures histologiques entre le vagin et l'utérus, que nous avons déjà mentionnés plus haut, se fait dualiste et admet l'une et l'autre de ces origines.

A côté de ces tumeurs naissant sur place, il y a des tumeurs migratrices, provenant des organes voisins : du col de l'utérus, des grandes lèvres, de la vessie, des ligaments larges, des ligaments ronds et même du périoste pubien (*Kehrer*). Toutes ces tumeurs peuvent émigrer de leur lieu d'origine par glissement dans la paroi du vagin. Le pédicule, en s'amincissant de plus en plus, peut même rompre toute liaison avec le tissu qui lui a donné naissance et devenir une tumeur purement vaginale. Enfin, nous avons à mentionner que certains auteurs rattachent les fibromes du vagin à des inclusions embryonnaires : vestiges du canal de Wolff (*Klein, Buttlinger, Kossmann*) et vestiges du mésonéphros (*Recklinghausen, Pick*). Comme nous le montrons ailleurs, l'origine embryonnaire doit plutôt être admise pour les adéno-fibromes et les kystes.

Il existe encore une théorie inflammatoire, mais n'oublions pas que l'inflammation produit avant tout des condylomes et si *Kossmann* a pu trouver des microbes dans plusieurs fibromyomes du vagin, c'est tout simplement un fait dont le contraire nous eût étonné, étant donné la fréquence des lésions ulcératives et le voisinage du conduit vaginal.

Pour terminer, nous n'admettrons pas, non plus, la théorie circulatoire qui voit l'origine des fibromes du vagin dans une irritation consécutive à une thrombose. Sauf l'énoncé de l'hypothèse, aucun appui décisif n'est apporté par leurs partisans.

Anatomie Pathologique

Les fibromes du vagin peuvent être sessiles ou pédiculés.

Les sessiles se présentent en clinique comme des tumeurs très petites, puisque constituant d'une façon précoce une gêne fonctionnelle, les malades consultent le médecin beaucoup plus tôt.

Les fibromes pédiculés sont de taille beaucoup plus importante. *Pillore* cite un fibrome pédiculé dont les dimensions étaient de 30 cm. de long, 24 cm. de large et 16 cm. de haut. Ils sont implantés sur la paroi du vagin par un pédicule plus ou moins long. Ce pédicule est très vascularisé et sa section peut donner lieu à une hémorragie importante. Il s'allonge sous l'influence de la pesanteur et de la traction exercée par le fibrome, et à mesure que la tumeur s'accroît, d'intra-vaginale qu'elle était d'abord, elle devient vulvaire, finalement prolabée en s'extériorisant entre les cuisses. En quelques mois, la tumeur acquiert des dimensions considérables, distend le périnée, déborde la vulve, comprime parfois le rectum et peut même s'étendre au ligament large, jusqu'au contact des parois pelviennes.

Le volume est donc très variable, allant des dimensions d'une lentille découverte à l'occasion d'un examen gynécologique par le toucher ou l'inspection jusqu'aux dimensions d'une tête d'enfant et davantage. Il est classique de citer le cas de *Hastepflug* où la tumeur développée vers le haut, simulait une tumeur abdominale et remontait jusqu'à un travers de main de l'ombilic ; celui de *Gremler* (5 kgs) et celui de *Baudier* (10 livres 1/2).

Dans plus de la moitié des cas, le fibrome siège dans la paroi antérieure du vagin. Cette localisation antérieure déplace et déforme l'urètre d'où, en clinique, les symptômes urinaires presque constants. Les autres localisations sont, par ordre de fréquence : la paroi postérieure et les parois latérales. *Potel* donne une statistique de 120 cas, dont 55 % siégeaient en avant, 26 % en arrière et 19 % latéralement. En profondeur, le fibrome siège le plus souvent au niveau du tiers supérieur du vagin. La localisation juxta-vulvaire est exceptionnelle.

Le fibrome est, en général, unique, d'après la statistique de *Potel* dans 93 % des cas. Cependant, on a observé des tumeurs multiples : 3 cas de *Tédenat* ; *Guersant* rapporte un cas d'une enfant de 13 mois dont le vagin était rempli d'une multitude de tumeurs, tant sessiles que pédiculées, ayant chacune à peu près la taille d'un grain de millet.

La forme est variable ; le plus souvent arrondie. On observe également des tumeurs de formes ovoïde, cylindrique, allongée, voire exceptionnellement bilobée ou multilobée. *Dahlmann* cite un cas de tumeur ayant 19 cm. de longueur, 6 cm. de diamètre et 15 de circonférence et simulant, à s'y méprendre, un pénis démesuré. Le poids en était de 180 grammes.

Les fibromes du vagin sont généralement encapsulés et facilement énucléables. Ils peuvent être intimement liés au tissu vaginal de la paroi, sans délimitation aucune, même histologique d'avec cette dernière.

La surface du fibrome est constituée par la muqueuse vaginale, elle est donc habituellement lisse, plus rarement plissée, rappelant les colonnes du vagin ; exceptionnellement d'aspect nacré.

La consistance est ferme, et même dure. Il existe des exceptions où la tumeur est molle, rénitente, simulant un kyste du vagin.

A la section, la tumeur crie habituellement sous le couteau. La surface de section montre une apparence fasciculée avec des faisceaux longitudinaux, séparant des îlots arrondis qui ne sont autre chose que des faisceaux coupés en travers.

*
**

Au point de vue histologique, ces tumeurs constituent des myomes, des fibromes ou des fibro-myomes. En règle générale, ce ne sont presque jamais des fibromes ou myomes purs.

La paroi vaginale étant constituée par du tissu conjonctif dense, parsemé d'amas de fibres musculaires lisses, les tumeurs primitives de cet organe seront des fibro-myomes avec une prédominance considérable du tissu fibreux.

Les fibromes purs sont rares. Cependant, on connaît des cas où aucun des fragments prélevés ne renfermait des fibres musculaires (*Tédenat, Tixier*).

Les myomes purs sont encore plus rares. On n'en connaît que quelques observations (*Klein, Kleinwachter, Littauer, Machenhauer, Olénine*).

Quelquefois, on observe la présence de tissu glandulaire : adénomyome (*Cullen, Lokyer*) ; ou des cavités kystiques : cystadéno-fibrome (*Morallier*).

On a même signalé du tissu musculaire strié (*Tédénat*, *Mme Kachevarowa*). La présence des fibres musculaires striées s'explique peut-être par le fait qu'on les rencontre également dans l'utérus, à la fin de la grossesse (*Ranvier*). D'autres auteurs l'expliquent par le voisinage des fibres musculaires striées entourant la partie sous-vésicale de l'urètre. Ce sont, évidemment, les cas où la tumeur est localisée dans la partie supérieure de la cloison uréthro-vaginale. *Luschka* l'explique par le voisinage du sphincter du vagin, quand il s'agit de tumeurs juxta-vulvaires.

A côté de ces formations, citons encore les tumeurs myxomateuses (*Mme Kachevarowa*). On peut les considérer comme tumeur ayant subi une dégénérescence myxomateuse (*Potel*) ou comme tumeurs congénitales à évolution voisine de celle des sarcomes. Examiné au microscope, on voit des faisceaux musculaires lisses, sectionnés en long ou en travers. Les cellules musculaires sont volumineuses, très longues et elles possèdent des noyaux ovoïdes, plus gros qu'à l'état normal. Souvent, dans une même cellule musculaire, on trouve deux noyaux, bout à bout, ou un noyau très allongé, en voie de division directe. Les faisceaux de fibres lisses sont séparés par du tissu conjonctif abondant, plus ou moins vascularisé.

Etude Clinique

Nous prenons comme exemple de description le cas le plus fréquent, celui d'une femme en activité génitale, présentant le fibrome progressivement croissant. Les autres formes (enfants, vieilles femmes, frustes, rapides, etc...), présentent une symptomatologie qui dérive directement de celle que nous donnons ci-dessous. Leurs particularités sont mentionnées dans les différents chapitres d'étiologie, de pathogénie, d'anatomie pathologique, d'évolution et de diagnostic différentiel.

I. — SYMPTOMATOLOGIE

Le fibrome du vagin reste très souvent tout à fait latent et n'est diagnostiqué qu'à l'occasion d'un examen obstétrical ou gynécologique. Dans d'autres cas, et ce sont là les cas les plus fréquents, la tumeur s'accroît lentement, progressivement pendant cinq ans, dix ans, et davantage (23 ans, *Neugebauer*). Peu à peu, une légère pesanteur s'installe, surtout dans la station debout, le coït ne peut plus s'effectuer sans douleur, ou n'est possible qu'avec une gêne mécanique importante et pénible pour les deux par-

tenaires. Puis la pesanteur augmente, se transforme en douleur, en tiraillements ; des irradiations vers les lombes et les fosses iliaques s'installent. Plus rarement on observe des névralgies sciatiques consécutives à la compression des nerfs sacrés. Progressivement la femme voit croître la grosseur qu'elle porte dans son vagin ou encore celle-ci apparaît brusquement à la vulve, après un effort physique, une course, une station debout prolongée, ou un plaisir laborieusement acquis qui a congestionné le petit bassin et le conduit génital.

En un mot, le fibrome, plus ou moins latent jusque-là, entre dans la phase clinique proprement dite, et donne lieu à une symptomatologie dont nous donnons le schéma, mais qui, bien entendu, peut être plus ou moins complète. Nous distinguons des signes fonctionnels et des signes physiques.

Signes fonctionnels

1° Les douleurs, tant locales qu'irradiées, sont un signe constant dès que la tumeur atteint le volume d'un œuf de poule environ. Elles peuvent manquer lorsque ses dimensions sont moindres. Habituellement, elles s'atténuent ou disparaissent pendant le repos. Les douleurs irradiées augmentent pendant la marche, les efforts ou, tout simplement, la station debout. Les douleurs locales s'exacerbent au moindre contact, au toucher, sous l'influence du coït. On a signalé des cas où elles étaient intolérables, donnant lieu à de véritables crises nerveuses (*Tédenat*).

Parfois, les paroxysmes douloureux s'accompagnent d'accès de toux et de vomissements (*Tixier, Djordjevitch*). C'est là probablement l'effet de la compression du plexus hypogastrique.

2° Troubles sexuels : le coït devient laborieux et douloureux. En cas de tumeur volumineuse, tout rapprochement sexuel devient impossible.

3° Troubles urinaires : les troubles urinaires ne manquent jamais dans les fibromes de la cloison uréthro- et vésico-vaginale ; ils sont rares dans les fibromes de la paroi postérieure du vagin, mais peuvent exister si la tumeur est d'un volume important. Pollakiurie, sensation de pesanteur et de besoin continuels d'uriner, avec miction par à-coups dans la station debout et apaisement dans la position couchée, voici le tableau typique de ces troubles. On a signalé également de l'incontinence d'urine (*Geuer, Tixier*), de la rétention (*Hume, Patel, Traetzel*). *Greene* cite une malade qui se sondait depuis quatorze ans.

4° Troubles de la défécation : lorsque la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale, elle se manifestera par des ténésmes et une constipation progressive, pouvant aboutir à la rétention fécale. Les troubles de la défécation peuvent encore être provoqués par un fibrome antérieur très volumineux.

5° Hémorragies : les hémorragies sont l'apanage de la coexistence d'un fibrome de l'utérus. Elles peuvent toutefois être dues au fibrome vaginal seul. Elles cessent alors après l'ablation de ce dernier. Elles s'observent avant tout dans les fibromes ulcérés et dans les formes mixtes (adéno-fibromyome).

6° La leucorrhée, par irritation mécanique du vagin, est rare et n'existe guère que dans les cas de tumeurs pédiculées. Elle accompagne presque toujours une imbibition œdémateuse du fibrome avec ulcération.

Signes physiques

Ils varient suivant le siège, le volume et la variété de la tumeur.

a) Les petits fibromes sous-muqueux ne sont perçus que par le toucher et l'inspection très attentifs et minutieux.

b) Les fibromes sessiles, de dimensions plus grandes, sont des tumeurs rondes, élastiques, de consistance dure ou molle suivant leur structure histologique. La muqueuse vaginale est tantôt adhérente, tantôt libre.

c) Le fibrome pédiculé, s'il est invra-vaginal, est reconnu par le toucher vaginal ; on perçoit nettement sa forme, ses dimensions, son point d'implantation, sa consistance et même, parfois, sa vascularisation. S'il fait saillie au dehors, il a l'aspect d'une tumeur plus ou moins grande, arrondie, recouverte par la muqueuse vaginale qui reste lisse et rosée au début ; les saillies transversales des colonnes du vagin peuvent parfois se retrouver sur le revêtement muqueux de la tumeur. Dès que la circulation de la tumeur s'entrave, celle-ci devient violacée, puis bruné ; elle s'ulcère, donnant peu à peu issue à un liquide louche ou hémorragique ; arrivée à ce stade, elle dégagera bientôt une odeur repoussante, due aux plaques de sphacèles.

d) Dans certains cas, le fibrome se développe vers le haut, soulève le péritoine et le cul-de-sac de Douglas et c'est alors la palpation bi-manuelle, qui permet de la distinguer d'une tumeur intra-abdominale.

e) Les fibromes de la cloison urétro-vaginale sont de plus petites dimensions, ne dépassant pas un gros œuf. Ici, les troubles urinaires prédominent. La miction est laborieuse. La malade est obligée de pousser et l'urine s'écoule goutte à goutte. Le méat peut être déjeté et déformé, réduit à une fente linéaire (*Tillaux*).

II. — EVOLUTION

L'évolution du fibrome se fait progressivement et insensiblement du petit nodule à peine perceptible et sans symptomatologie aucune jusqu'aux tumeurs géantes à complications multiples ou à transformation maligne, pouvant même mettre la vie de la malade en danger. Il est néanmoins possible de distinguer dans cette évolution trois étapes qui correspondent chacune à un état cliniquement assez précis pour leur attribuer une symptomatologie autonome et bien distincte. Nous désignons ces trois stades successifs par les termes de :

Période de début, à symptomatologie fruste ;

Période d'état ou des troubles fonctionnels, correspondant à une tumeur de dimension moyenne, et enfin :

Période terminale ou des complications.

a) Période de début :

Ainsi, le fibrome, d'abord petit, à localisation sous-muqueuse, reste stationnaire pendant une période plus ou moins longue, qui peut durer sept ans (*Hofmokl*), 10 ans (*Greene*) ou même atteindre 23 ans (*Neugebauer*). Il s'accroît progressivement et se transforme en une véritable tumeur qui se pédiculise parfois. Cette pédiculisation s'explique aisément par la richesse de la paroi vaginale en tissu conjonctif, qui cède sous le poids de plus en plus important de la tumeur, étant abondamment pourvu de vaisseaux sanguins ; la richesse vasculaire se retrouve dans le fibrome.

b) Période d'état

Peu à peu, le fibrome arrive à la période d'état, dont nous avons donné une description détaillée dans le cas type figurant dans notre chapitre de symptomatologie.

Les fibromes du vagin s'étendent habituellement vers le bas, rarement vers le haut. Croissant vers le haut, ils s'insinuent sous le péritoine, et combtent le cul-de-sac vésico-utérin, ou celui de Douglas. Lorsqu'ils envahissent le Douglas ou encore que, d'emblée, ils se dirigent vers le bas, ils finissent par prolaber à la vulve, en entraînant avec eux la paroi inférieure de la vessie ou la paroi antérieure du rectum.

c) Période de complications

Celle-ci s'installe encore progressivement par aggravation des symptômes de la période d'état ; il faut y ajouter la transformation maligne. Dans cette période, les fibromes peuvent subir une dégénérescence graisseuse, myxomateuse, une transformation d'ordre régressif (calcification) ; pseudo-kystique d'ordre vasculaire, nécrotique ; des hémorragies interstitielles peuvent survenir et, enfin, l'évolution sarcomateuse, redoutable entre toutes, peut apparaître (*Labadie, Lagrave, Leguen*). La transformation myxomateuse vraie est extrêmement rare, et il ne faut pas l'affirmer sur le seul aspect de la pièce anatomique : seuls, la réaction positive à la mucine, jointe à l'examen histologique, peuvent permettre de conclure avec certitude. Souvent, lorsque le fibrome apparaît à la vulve, on assiste à des complications inflammatoires. Le traumatisme, la torsion du pédicule, l'irritation, l'infection, la vascularisation insuffisante, peuvent provoquer une transformation œdémateuse qu'il ne faut pas confondre avec la transformation myxomateuse vraie. L'imbibition œdémateuse peut créer à la longue la fragmentation de la tumeur et on peut assister, très rarement du reste, à l'énucléation spontanée de la tumeur à travers la perte de substance de la paroi vaginale. La tumeur prolabée s'exulcère facilement, elle saignotte souvent et peut même donner lieu à des pertes sanguines considérables. Lorsque l'ul-

cère et l'œdème sont importants, la gangrène envahit facilement le fibrome qui se sphacèle, se couvre de fausses membranes, peut même s'éliminer par nécrose. De toutes façons, il s'en dégage une odeur infecte et nauséabonde de putréfaction.

En résumé, le fibrome du vagin abandonné à lui-même passe insensiblement du stade de début au stade fonctionnel et finit, tôt ou tard, par arriver au stade de complication. L'évolution peut s'arrêter ou rester très longtemps stationnaire. D'autres fois, à titre tout à fait exceptionnel, on peut assister à une énucléation spontanée qui ne s'obtient, du reste, qu'avec un cortège important de complications, ulcérations, suppurations, sphacèles.

OBSERVATIONS

A titre d'exemples, nous donnons ci-dessous deux observations dues à l'obligeance de notre maître, le professeur *Lapeyre*. Elles ont été recueillies dans le Service de Gynécologie de la Faculté de Montpellier ; la deuxième, enregistrée par M. le professeur *de Rouville*, est inédite.

OBSERVATION I

*publiée par MM. N.-C. Lapeyre, H. Estor et J. Aussilloux,
à la réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, mai 1936.*

Ra... Joséphine, ép. Gar..., 26 ans, femme de ménage.

Entrée le 28 décembre 1935 pour fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin.

Il y a un an environ, la malade s'est aperçue d'une « grosseur » qui apparaissait à la vulve. Tuméfaction d'abord réductible et ne provoquant pas de troubles fonctionnels. Depuis environ six mois, la tumeur est devenue irréductible et a commencé à s'ulcérer. Ces ulcérations ont provoqué des hémorragies. Il n'y a pas de troubles urinaires. Urines normales, pas de faux besoins, pas de pollakiurie. Constipation de temps à autre.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

Antécédents gynécologiques et obstétricaux : Puberté à l'âge de 13 ans. Depuis lors, règles très régulières, indolores durant 4 jours, abondance moyenne.

Une grossesse normale à terme, il y a cinq ans; accouchement normal; enfant actuellement en bonne santé.

Examen à l'entrée de la malade à l'hôpital. — A l'inspection, on voit saillir une tumeur grosse comme un œuf de poule présentant sur son pôle supérieur deux petites bosselures secondaires, du volume d'une cerise. L'aspect superficiel de la masse est tout à fait celui d'une volumineuse cystocèle. En examinant avec plus de soins, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une tumeur solide développée aux dépens de la vulve sur le côté droit de l'urètre dont l'orifice forme un repli valvulaire à concavité droite et dont la limite antérieure correspond au frein clitoridien; la limite inférieure, à la colonne antérieure du vagin. Consistance fibreuse molle. Sa surface est exulcérée par places au niveau des nodosités secondaires. A la partie inférieure, l'épithélium tend à s'épidermiser. La tumeur peut être réduite dans le vagin mais elle n'y reste pas.

Toucher: annexes saines; utérus normal en antéflexion physiologique; cul de sac souples; pas de masses annexielles.

INTERVENTION LE 6 JANVIER 1936 (par M. le Professeur Lapeyre) (rachi: 0 gr. 06). On circonscrit par une incision en tranche de melon la partie de la tumeur où siègent les nodosités secondaires en passant en dedans au contact de l'urètre à 2 cm. environ de la seconde qui marque le méat.

Par en bas, l'incision est prolongée vers le vagin de 2 cm. On arrive sur le plan de clivage et on aborde l'énucléation de la tumeur par le côté externe du pôle inférieur. On remonte en décollant à la compresse la tumeur dont on dégage entièrement la face postérieure d'abord, puis la face externe, enfin la face interne. On s'assure que l'urètre n'est pas lésé. On relève alors entièrement la tumeur vers le haut de façon à la rabattre vers le pubis. Elle ne tient plus alors que par une sorte de pédicule lamelleux et fibreux qui s'insinue en profondeur entre l'urètre et la branche ischio-pubienne. Ce pédicule de 15 millimètres de large, ne paraît contenir aucun vaisseau. Néanmoins, on le ligature. Avant de refermer, hémostase très minutieuse de petits points qui saignent un peu partout et provoquent un suintement. Néanmoins, comme il persiste un léger suintement sanguin, on laisse un petit drain. Fermeture par points séparés au catgut.

Examen de la pièce. — La tumeur a les dimensions d'un œuf de poule, elle est de consistance élastique, plutôt molle. Sa surface est de couleur rosée, elle est rouge à la coupe. Dans la région des bosselures où la paroi vaginale est adhérente, on fait une coupe sur la bosselure la plus sail-

lante. On a l'impression que la paroi vaginale a été repoussée par la tumeur et qu'elle est ulcérée mécaniquement.

Il est impossible de cliver les deux organes. On prélève un fragment de tumeur aux fins d'examen histologique. Celui-ci montre qu'il y a affaire à une tumeur formée de fibres conjonctives très abondantes entrecroisées en tous sens. Les noyaux cellulaires ont une dimension et une structure normales. Fibrome du vagin.

Ablation du drain au deuxième jour.

La malade quitte le service entièrement guérie le 21 janvier 1936, soit 15 jours après l'intervention.

OBSERVATION II

recueillie dans le Service de Gynécologie de la Faculté de Montpellier,

FIBROME DU VAGIN

Ch... Philomène, 31 ans, sans profession, entrée 1^{er} mars 1924 pour une tumeur du vagin à la clinique gynécologique.

Début il y a 2 ans et demi. Apparition d'une tumeur développée sur la paroi antérieure du vagin, du volume d'une noix. Cette tumeur a été opérée à Nîmes le 13 février 1923. Récidive au bout de trois mois.

A.P.: Rien à signaler.

Antécédents gynécologiques: Réglée à 13 ans et demi. Règles régulières indolores, durant deux jours.

Antécédents obstétricaux: 5 grossesses, 3 enfants bien portants, 2 avortements à 2 mois et demi.

Examen. — Au toucher, on sent une masse vaginale, largement sessile, fixée à la paroi antérieure du vagin à situation sous-muqueuse, du volume d'un œuf de poule, consistance dure, non douloureuse. Cette masse peut être énuclée hors du vagin par un mouvement de bascule. Elle ne présente pas de connections avec l'urètre.

Diagnostic: Fibrome du vagin.

INTERVENTION le 19 mars 1924 par M. le professeur de Rouville. — Après incision de la muqueuse vaginale, la tumeur est facilement énuclée. A sa place reste une cavité dans laquelle on laisse un drain. Suture de la paroi vaginale.

La pièce enlevée assez régulière de contour est ouverte suivant son grand axe. Elle présente l'aspect du tissu fibro-myxomateux.

Examen histologique. On a affaire à un fibrome présentant des points suspects de dégénérescence sarcomateuse,

III. -- FIBROME DU VAGIN ET GROSSESSE

a) *Action de la grossesse sur le fibrome.*

Tous les tissus des organes génitaux, bassin dur et mou, subissent des transformations importantes sous l'influence de la grossesse. L'ensemble de ces transformations aboutit à un assouplissement du tractus génital pour le rendre plus apte à laisser passer le produit de conception. Or, les facteurs principaux de l'assouplissement sont l'imbibition des tissus qui peuvent même s'œdématiser, d'une part, et les dilatations et néoformations vasculaires d'autre part. Le fibrome n'échappe pas à ces processus et c'est ainsi qu'il peut s'hypertrophier et donner lieu à une véritable tumeur télangiectasique.

b) *Action du fibrome sur la grossesse :*

En général, le fibrome n'agit en rien sur la grossesse, exceptionnellement les tumeurs très volumineuses peuvent devenir la cause d'un avortement ou d'une présentation vicieuse.

c) *Influence du fibrome sur la marche de l'accouchement.*

Au moment de l'accouchement, le fibrome peut créer une dystocie vraie s'il présente un certain volume. Certes, les tumeurs pédiculées peuvent, dans les cas heureux, changer de position sous l'influence du travail et de la progression du fœtus, et ceci d'autant plus qu'elles sont plus imbibées et plus malléables. Mais dans d'autres cas, lorsqu'il s'agit de néoformations sessiles, volumineuses et plus ou moins résistantes, l'accouchement devient très laborieux, et peut même nécessiter une intervention sanglante, qui sera pour les uns l'extirpation pure et simple (*Cadenat*) et pour les

autres une opération césarienne (*Pillore*). Dans les observations de la fin du siècle dernier et au début de ce siècle, on nous cite même des cas où l'accouchement n'a pu être obtenu qu'avec des délabrements considérables, rupture du vagin, rupture de la vessie, fracture de la branche descendante du pubis (*Virchow*). Il est évident que la tumeur peut éclater sous la compression fœtale et donner lieu à des hémorragies très importantes lorsqu'il s'agit d'un fibrome télangiectasique (*Boutin*).

d) *Influence du fibrome sur le post-partum :*

L'accouchement plus ou moins heureusement terminé, on constate presque toujours des délabrements considérables de la tumeur et des parois du vagin; des sphacèles peuvent se former sous l'influence de la compression prolongée exercée par le fœtus. L'infection puerpérale ne manque pour ainsi dire jamais, la cystite est fréquente, les fistules rétro-vaginales ou vésico-vaginales ne sont pas rares.

IV. — DIAGNOSTIC

Les descriptions du fibrome que nous avons données dans les chapitres qui précèdent pourraient faire penser que le diagnostic ne présente aucune difficulté et s'impose immédiatement. C'est en effet le cas pour le plus grand nombre des fibromes du vagin, mais il y en a d'autres où ce diagnostic peut présenter de réelles difficultés que nous allons discuter

Les deux problèmes à résoudre sont les suivants :

1° S'agit-il d'une tumeur vaginale ?

2° Cette tumeur est-elle un fibrome ?

1° *S'agit-il d'une tumeur vaginale ?*

L'inspection, le palper et le toucher permettront d'abord de reconnaître une tumeur — ou plusieurs tumeurs — intra-vaginales ou saillant à la vulve.

La tumeur sessile ne présente guère de difficultés pour le diagnostic de siège. Citons pour mémoire la cystocèle et la rectocèle, tumeurs facilement réductibles et dont la nature sera précisée par l'introduction d'une sonde ou une cystoscopie d'une part, et le toucher rectal et la rectoscopie d'autre part; l'hypertrophie d'une lèvre du col utérin oedématisée ou inflammée, une volumineuse caroncule myrtiforme; les tumeurs et les kystes des grandes lèvres faisant saillie dans le vagin.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur pédiculée, il faut éliminer le prolapsus utérin, qu'on reconnaîtra assez facilement par la présence du museau de tanche sur la tumeur. Il faudra se garder de le confondre avec une de ces ulcérations qu'on rencontre si souvent sur les fibromes prolapsés et ulcérés.

Les polypes utérins peuvent prêter également à confusion. En suivant le pédicule, on pourra constater que celui-ci s'enfonce dans la cavité utérine. Inversement, dans d'autres cas, assez rares du reste, un fibrome du vagin peut être pris pour un polype: c'est le fait du fibrome se développant dans la partie haute du vagin; remontant d'abord, puis faisant son évolution dans le col de l'utérus, il redescend sous l'influence de la pesanteur dans le vagin. Le pédicule sera donc paracentral et ce n'est qu'un examen très attentif qui nous permettra de constater qu'il ne s'enfonce pas dans la cavité utérine et a son véritable point de départ dans le vagin.

Une fois reconnu qu'il s'agit bien d'une tumeur vaginale, il reste à résoudre le deuxième problème.

2° Cette tumeur est-elle un fibrome ?

Ce diagnostic ne présente pas d'habitude de grandes difficultés, abstraction faite, bien entendu, de la précision histologique qui souvent ne pourra être obtenue que par l'examen microscopique. C'est ainsi que nous apprendrons s'il s'agit d'une formation fibreuse pure, d'un myxomyome, d'un fibromyome, rhabdomyome, etc... Mais comme nous englobons toutes ces formations sous le nom de fibrome du vagin, ce diagnostic ne présente qu'un intérêt tout à fait secondaire. Il importe plutôt d'éliminer les autres néoformations dont certaines sont d'une rareté extrême. Habituellement, le fibrome se reconnaît assez facilement par son revêtement lisse, c'est presque toujours une tumeur arrondie, ovoïde ou cylindrique; sa consistance va de la mollesse du myxome à la dureté du fibrome pur. Mais les exceptions ne sont pas rares.

Les condylomes sont des formations de la muqueuse, leur présence forme l'affection appelée habituellement vaginite papillomateuse. Ce sont des lésions qui tiennent tant de l'inflammation que du néoplasme. On les reconnaît macroscopiquement par leur surface en papilles; microscopiquement, il s'agit tout simplement d'une prolifération des cellules épidermiques.

Le papillome du vagin se rapproche du condylome multilobé. Il se développe sous l'influence d'une vaginite chronique et présente habituellement une plaque dure assez restreinte, à surface anfractueuse; mais il existe des cas où le papillome peut devenir volumineux. Il se reconnaît facilement par la différence très nette qui existe entre sa surface rugueuse et dure et la surface lisse, au moins par endroit, du fibrome vaginal.

Un autre groupe de tumeurs bénignes du vagin est constitué par les différentes formes des kystes. Leur volume peut atteindre des dimensions impressionnantes. Habituellement on les rencontre dans les parois latérales du vagin et cette paroi reste mobile au-dessous de la tumeur. Les kystes ont une consistance typique, ils sont habituellement à la fois plus mous et plus rénitents que les fibromes, mais il existe des exceptions. En cas de doute, la ponction exploratrice éliminera toute possibilité de confusion. (*Terillon*). La paroi de ces kystes est ordinairement fibreuse, rarement musculaire; leur épithélium est presque toujours cubique, mais peut être également plat. Leur contenu est séreux ou muqueux, rarement hémorragique; on y trouve encore des cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse, des leucocytes, ainsi qu'une forte teneur en cholestérol. Il s'agit là d'inclusions épithéliales, de débris du canal de Müller ou du canal de Wolff; d'une façon exceptionnelle et même tout à fait hypothétique, de débris du corps de Wolff. Plus intéressante du point de vue pratique est la connaissance du fait que les kystes peuvent se produire après des interventions chirurgicales, lorsqu'il y a une implantation d'épithélium vaginal dans la profondeur.

De ces kystes épithéliaux, il faut distinguer les kystes lymphoïdes, tapissés d'endothélium et les kystes sanguins ou hématomes, dépourvus de tout revêtement.

Enfin, il faut penser à la confusion toujours possible avec les kystes urétraux.

Dans le vagin postérieur, on peut rencontrer des adénomyomes qui dérivent d'un débris du corps de Wolff, d'une muqueuse utérine abérante ou d'un épithélium péritonéal en prolifération inflammatoire.

Les cancers et cancroïdes du vagin, propagés en général du col de l'utérus ou venant de la vulve, sont rares. Leur

diagnostic ne présente aucune difficulté, en raison même de leur aspect typique et de leurs conditions d'apparition. Il s'agit de femmes âgées; il y a une induration qui s'étend dans le voisinage; la muqueuse de revêtement est tout à fait adhérente, transformée en une masse bourgeonnante, facilement déchirable, et saignante au moindre contact.

Les sarcomes purs sont rares, toutefois il convient de signaler le sarcome en forme de grappe (Traubensarkom de *Senger*) qui se présente sous l'aspect d'une tumeur molle gélatineuse multilobée de couleur rouge violacée. Microscopiquement c'est un tissu myxosarcomateux ou fusicellulaire avec des îlots chondroïdes glandulaires et rhabdomyomiques. Ces néoformations se rencontrent avant tout chez les enfants, dans les premières années de la vie, elles sont tout à fait exceptionnelles chez la femme adulte. Leur siège de prédilection est la région juxta-cervicale. Leur origine reste inconnue jusqu'ici, mais leur diagnostic est de toute urgence, puisqu'il s'agit là de néoplasmes de très grande malignité. On y pensera donc toujours chez les enfants de jeune âge et chez les fillettes, ceci d'autant plus que la tumeur croît rapidement.

Parmi les tumeurs métastatiques nous mentionnons le chorio-épithélioma malin. C'est une tumeur de couleur rouge foncée, fortement hémorragique et d'une croissance ultra-rapide. Son diagnostic est parfois malaisée, car l'origine utérine peut rester de dimensions tout à fait modeste ou même ne pas être retrouvée. Il faudra toujours y penser lorsqu'on a affaire à une tumeur du vagin qui saigne et surtout lorsqu'il y a eu peu avant une grossesse, un avortement molaire ou retard des règles. Si l'aspect macroscopique peut parfois donner lieu à quelques hésitations, les conditions d'apparition ou d'âge toutes particulières donneront très rapidement le diagnostic exact qui est

d'autant plus important à faire que seule une ablation rapide du vagin ou un traitement intense par le radium ou les rayons X. pourrait, dans les cas heureux, donner un résultat satisfaisant.

La réaction d'Asheim-Zondek et ses variantes sont parfois d'un précieux concours pour le diagnostic. Les recherches en cours ne sont pas encore devenues classiques ; il semble toutefois qu'une réaction au-dessus de 30.000 doive permettre d'affirmer avec certitude l'existence d'un chorio-épithélioma.

Mentionnons encore les abcès vaginaux sous-urétraux qui peuvent prêter à confusion. Ce sont des abcès à marche chronique, à évolution lente et indolore, qui s'entourent d'une coque indurée et épaississent la muqueuse, en simulant parfois des tumeurs solides (*Calavassy*).

V. — PRONOSTIC

Le fibrome du vagin se développe lentement et progressivement, restant une affection tout à fait bénigne pendant cette période habituellement fort prolongée que nous avons appelé la période de début. Les troubles qu'il provoque sont nuls, l'état général reste excellent. Le pronostic, reflet de l'absence des symptômes est évidemment des plus favorables ; une fois la tumeur extirpée, tout rentrera dans l'ordre.

À la période d'état, période des troubles fonctionnels, le pronostic, quoiqu'encore tout à fait favorable, comporte néanmoins quelques réserves. L'opération devient plus

difficile et peut entraîner, même entre des mains très expérimentées, une fistule vaginale par exemple qui, si elle ne menace pas directement et immédiatement la vie de la malade, reste néanmoins une infirmité au moins pénible dans les cas heureux, nécessitant une nouvelle intervention beaucoup plus délicate.

Au stade des complications (de l'ulcération et du sphacèle ainsi que des hémorragies profuses et répétées), le pronostic devient plus réservé. Après l'opération, les femmes mettent longtemps pour se rétablir, et les suites sont parfois troublées par des infections, sinon toujours dangereuses, pour le moins indésirables.

A ce stade, il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une transformation maligne ou d'une récurrence à transformation maligne sarcomateuse, contre lesquelles le chirurgien restera souvent sans arme.

Traitement

En pratique, il ne faut pas compter avec ces possibilités de guérison spontanée d'un fibrome, et celui-ci doit normalement être extirpé dès qu'il est diagnostiqué, à quelque période de l'évolution qu'il soit reconnu. Tout au plus, pourra-t-on rester dans l'expectative dans le stade de début, et sous réserve d'intervenir dès les premiers signes d'accroissement ou de troubles fonctionnels.

Il n'existe pas de traitement médical du fibrome, et la thérapeutique habituelle est l'intervention chirurgicale.

Suivant la forme et le stade d'évolution, l'intervention peut un peu varier. Habituellement, lorsqu'il s'agit d'une tumeur sessile on incise la muqueuse ou on en excise une tranche et on arrive au plan de clivage, que l'on suit facilement, sauf dans la région de l'urètre où il existe une adhérence assez serrée. On se laissera guider alors par la sonde vésicale introduite au préalable et on pourra éviter ainsi toute lésion de l'urètre ou de la vessie. Lorsqu'on suppose une cystocèle ou un diverticule, l'opération ne doit être entreprise qu'après une cystoscopie minutieuse. Lorsque la tumeur est haut située, lorsqu'elle ne se laisse pas

abaisser et que le vagin est long et étroit, il y a lieu de se donner du jour par le déglutement latéral vagino-vulvaire (*Kelly*). Les fibromes sous-péritoneaux très volumineux, à point de départ vésico ou recto-vaginal, doivent généralement être abordés par la laparatomie.

Le mode opératoire est un peu différent pour les fibromes pédiculés. Le grand danger ici est de blesser l'urètre, la vessie ou le rectum. L'exploration préparatoire endoscopique, uréthro-vésicale et rectale, devra donc être particulièrement minutieuse. On ne doit en aucun cas ligaturer et sectionner un pédicule sans s'être rendu compte s'il ne participe pas à un de ces organes creux. On attire la tumeur à l'aide d'une pince appropriée, on incise la muqueuse autour de la base du pédicule et on le sectionne après ligature, si on ne peut pas arriver à le disséquer en entier.

Dans les tumeurs très volumineuses, on peut procéder d'abord à un morcellement pour ne faire qu'ensuite la dissection méthodique du pédicule.

Cette intervention peut se faire, s'il le faut, sous anesthésie locale; elle ne comporte donc aucune contre-indication et notamment la grossesse ne doit pas la faire reculer. Tout au plus les formes infectées peuvent-elles nécessiter, si le cas s'y prête, une préparation opératoire par les désinfectants chimiques ou biologiques; et les tumeurs ayant altéré l'état général par les hémorragies répétées et l'infection peuvent réclamer une préparation de la malade par les vaccins, les sérums, et même une transfusion sanguine.

Dans l'ensemble, c'est donc une intervention facile et ne présentant aucun danger. Il ne faudra toutefois pas l'assimiler à un acte de petite chirurgie. Ce n'est pas une petite intervention de cabinet. L'opération doit être con-

liée à un chirurgien exercé, ayant l'habitude des interventions gynécologiques et abdominales ; elle doit encore être faite dans une clinique ou un service hospitalier bien outillés. C'est ainsi que l'on parera aux complications opératoires assez rares, mais non exceptionnelles, telles que hémorragies, lésions des cavités, etc...

Quelques auteurs se sont adressés à la radiothérapie et au radium. Nous pensons que leur emploi doit rester exceptionnel, ne serait-ce qu'en raison de l'atrophie inévitable de la muqueuse vaginale, très sensible au rayonnement gamma. On n'y aura donc recours que chez de très vieilles femmes, porteuses de fibromes très hémorragiques ou multiples. On pourra être obligé d'y recourir lorsque le vagin est farci de tumeurs multiples, et nous rappelons à ce sujet le cas rapporté par *Tédenat*. Pour éviter l'action sur la muqueuse utérine et les ovaires on pourra s'adresser à la méthode de *Chaoul* ; cet auteur introduit le tube porté ampoule directement dans les cavités, si besoin est après débridement. Cette méthode et l'appareillage spécial qu'elle nécessite ont été présentés au *Congrès International de Radiologie* de Zurich en juillet 1934. Mais l'appareillage de *Chaoul* est peu répandu encore et n'a du reste été créé que pour suppléer à la radiumthérapie du cancer ; peu de centres en disposent donc et leur auteur n'a pas envisagé son emploi pour l'irradiation des tumeurs vaginales quand on veut éviter la ménopause artificielle.

L'emploi du radium par application intravaginale ou puncture est entre les mains d'un radiumthérapeute averti, encore plus simple que celui des rayons X. Bien entendu, on ne peut que très rarement éviter la stérilisation définitive ou temporaire. Les fibromes de la paroi postérieure et antérieure se prêtent très mal à ce traitement qui provoque presque toujours une rectite ulcéreuse, pouvant

devenir le point de départ d'une fistule recto-vaginale ou encore d'une sténose urétrale tardive (jusqu'à 13 ans plus tard, *Singer*).

L'électro-coagulation est théoriquement possible ; nous ne lui voyons aucun avantage sur la méthode sanglante qui reste, toutes les fois qu'il n'y a pas impossibilité absolue, le procédé de choix.

Conclusions

1. — Le fibrome du vagin s'observe à tout âge ; il est de beaucoup le plus fréquent pendant la période d'activité génitale.

Son siège principal est dans la paroi antérieure du vagin. L'étiologie en reste inconnue.

2. — En général, c'est un fibro-myome, rarement un fibrome ou myome pur.

3. — Son évolution se fait en trois étapes : période de latence, période des troubles fonctionnels et période des complications.

4. — Le diagnostic du fibrome est, en général facile ; il faut éviter de le confondre, d'une part avec les tumeurs d'origine extra-vaginale, comme la cystocèle, la rectocèle, le prolapsus utérin, etc..., et, d'autre part, avec celles d'origine purement vaginale, telles que le cancer, le sarcome, etc...

5. — Le pronostic est tout à fait bénin au début et s'aggrave parallèlement à l'évolution.

6. — L'intervention chirurgicale est le traitement de choix, sauf exceptions rares où l'on pourra s'adresser au rayonnement gamma.

Bibliographie

Nous ne donnons ici que les indications bibliographiques à partir de l'année 1926.

Pour la bibliographie antérieure, consulter respectivement :

CADENAT (F.-M.). — A propos d'un cas de fibrome du vagin. *Gynéc. et Obst.*, t. III, janvier-juin 1921, p. 21-32.

DJORDJEVITSCH. — Thèse de Lyon, 1926.

ABRAHAM (E.-G.). — Ueber einen Fall von Scheidenmyom. *Monatschr. f. Geburtsh. und Gynaek.* 85, 260-262. Juillet 1930.

BOERNGEN. — Fibromyom. *Med. Welt* 6, p. 194. 6 févr. 1932.

BRUMWELL (J.). — Rhabdomyosarcoma of uterus and vagina in infant. *Newcastle M. J.* 10, p. 157-161. Avril 1930.

CHAOUJ (H.). — Roentgennabbestrahlung des Karzinoms. *Strahlentherapie*, t. 50, p. 446-452, 1934.

CONILL (V.). — Reines Scheidenmyxom. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek.* 84, p. 120-122, fév. 1930.

COSTANTINI (P.). — Un caso di raddomioma maligno della vagina. *Osp. maggiore*, 16, p. 240-247, juillet 1931.

DELANNOY (E.), DEMAREZ. — Fibrome sous-isthmique du vagin au cours de la grossesse, myomectomie, accouchement normal. *Bull. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, t. 24, p. 504-505. Octobre 1935.

DEROGUE. — Endométriomes vaginaux et paravaginaux. Thèse de Paris, 1926.

- ERÈDE (U.). — Fibroma primitivo della vagina. *Riv. d'Ostet. e ginec. prat.*, t. 11, p. 26-30, déc. 1929.
- FEINER (D.). — Chorionepithelioma with long latent period. *Am. J. Obst. et Gynec.*, t. 29, p. 840-844, juin 1935.
- FERRONI (E.). — Tumori fibrosi paravaginali e pelvici. *Arch. di Ostet. e ginec.*, t. 19, p. 472-486, Oct. 1932.
- GIANNULLO (E.), PAVLOVSKY (A.-J.), VELAZCO (C.). — Tumores poco comunes de la vulva y la vagina. *Semana med.*, t. I, p. 1534-1541, 21 juin 1928.
- GIZOWSKI (T.), MEISELS (E.). — Cas de métastase vaginale du déciduome malin traité par les rayons X. *Polska gaz. Lek.*, t. 13, p. 309-312, 22 avril 1934.
- GORE (S.-R.). — Case of fibromyoma of vaginal wall. *Indian M. Gaz.*, t. 70, p. 78-79, févr. 1935.
- HARTMANN. — Fibrome saillant dans la cavité vaginale. *Rév. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, t. XI, p. 563, 1926.
- HINSELMANN (H.). — Zur klinischen Diagnose der Adenofibrosis vaginalis fornicalis. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, t. 91, p. 498-503, 1927.
- HOFMANN (H.). — Guérison spontanée du chorioépithéliome du vagin. *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, t. 93, p. 311-313, février 1933.
- HOOR (Von E.). — Ein seltener Fall eines Scheidentumors. *Med. Klin. Berlin*, t. XXII, p. 1112, 1926.
- INGRAHAM (C.-B.). — Case of fibromyoma of vagina. *Am. J. Obst. and Gynec.*, t. 14, p. 251-252, août 1927.
- KOHLER (H.). — Myome der Vaginalwand. *Ztbl. f. Gynaek.*, t. 52, p. 1256-1257, 19 mai 1928.
- LAPEYRE (N.-C.), ESTOR (H.), AUSSILLOUX (J.). — Communication à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Montpellier. Séance du mois de mai 1936.
- MATTSON (H.). — Fibroma resembling cystocele. *J.A.M.A.*, t. 103, p. 409-410, 11 août 1934.
- MESA (C.). — Particularidades de técnica a proposito de un fibroma uterino a evolución vaginal. *Rev. Méd. latino-am.*, t. 19, p. 629-635, mars 1934.
- MOCQUOT (P.). — *Prat. Méd. Chir.*, t. VIII, p. 976.
- MULLER. — Cas d'un fibrome utérin incarcéré dans le vagin. *Bull. et Mém. Soc. de Chirurg. de Paris*, t. 21, p. 218-222, 1^{er} mars 1929.

- PANTSCHENKO (N.-A.). — Ein Fall von ektopischem Chorionepitheliom während der Schwangerschaft. *Ztbl. f. Gynaek.*, t. 55, p. 2744-2746, 12 sept. 1931.
- PISTUDDI (A.). — Su di un voluminoso fibromioma della vagina. *Clin. ostet.*, t. 32, p. 396-404, juillet 1930.
- REDER (F.). — Myoma in anterior vaginal wall. *M. J. and Rec.*, 138, p. 160-161, 6 sept. 1933.
- REEB. — Fibrome du vagin faisant obstacle à l'accouchement. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Strasbourg*, 9 février 1929.
- SCHILLING (W.). — Myome der Vagina. *Monatschr. f. Geburtsh u. Gynaek.*, t. 89, p. 333-340, nov. 1931.
- SELLHEIM (H.). — Morcellement vaginal d'un myome volumineux. *Klin. Wchnschr.*, t. 2, p. 1496-1498, 6 août 1923.
- SHAW (W.). — Mixed tumours of uterus and vagina. *J. Obst. and Gynaec. Brit. Emp.*, t. 35, p. 498-513, 1928.
- SINGER (H.). — Rétrécissement tardif de l'urètre dans un cas rare de cancer du vagin traité 13 ans auparavant par le radium. *Wiener Med. Wchnschr.*, t. 78, p. 316-318, 3 mars 1928.
- SMITH LEAL (R.). — Fibromioma de la vagina. *Vida nueva*, t. 19, 13 janv. 1927.
- SORDINA (T.). — Fibromyome de la paroi postérieure du vagin. *Rev. gén. de clin. et therap.*, t. 41, p. 361, 24 sept. 1927.
- STEIN (A.). — Fibromyom der Vagina. Bericht ueber einen Fall und Sammlung von 40 seit 1905 veroeffentlichten Faellen. *Monatschr. f. Geburtsh. und Gynaek.*, t. 78, p. 191-200, févr. 1928.
- SZENWIC (W.). — Sur les myomes du vagin. *Ginekologja Polska*, t. IX, p. 55, 1930.
- TIXIER et BONNET. — Fibrome du vagin. *Lyon Chirurg.*, t. XXIII, p. 590, 1926.
- TOURNEUX (J.-P.). — Les fibromes du vagin. *La Sage-Femme de France et des Colonies*, n° 2, févr. 1935.
- Les fibromes du vagin. *Rev. gén. de la Méd. prat.*, juillet 1925.
- Fibrome du vagin. *Concours méd.*, p. 1161, 13 avril 1930.
- Les fibromes du vagin. *Progrès méd.*, n. 41, 13 octobre 1934.
- TUBEROWSKY (D.). — Drei Faelle von Vaginalmyom. *Ztbl. f. Gynaek. Leipz.*, t. 1, p. 483-485, 1926.
- TYLER (A.-F.). — Fibromyoma of vaginal wall. *Nebraska M. J.*, t. XIX, p. 257-258, juillet 1934.

- WALDSTEIN (E.). — Heilung eines Scheidenkrebses durch Radium-points. *Ztbl. f. Gynaek.*, t. 55, p. 1210-1215, 28 mars 1931.
- ZACHERL (H.). — Decidualbildung und embryonale Anlage unter dem klinischen Bilde einer Polyposis Vaginae. *Arch. f. Gynaek.*, t. 153, p. 224-232, 1933.

En ma qualité de censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

« Contribution à l'Etude du fibro-
me du vagin »,

par M. Jozef LUBRANIECKI

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 27 mai 1936.

Le Professeur :

N. C. LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 27 mai 1936.

Le Doyen :

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 28 mai 1936.

Le Recteur :

C. TAILLIART.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule.	7
Etiologie et Pathogénie.	9
Anatomie pathologique.	12
Etude clinique.	16
I. Symptomatologie.	16
1. Signes fonctionnels.	17
2. Signes physiques.	19
II. Evolution.	20
Observations.	22
III. Fibrome du vagin et grossesse.	25
IV. Diagnostic.	26
V. Pronostic.	31
Traitement.	33
Conclusions.	38
Bibliographie.	38

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

